L'EXTRACTION SIMPLE



GAND, IMPRIMERIE I.-S. VAN DOOSSELAERE.

L'EXTRACTION SIMPLE

PAR

L. DE WECKER.



PARIS,
ADRIEN DELAHAYE ET EMILE DECROSNIER, ÉDITEURS.
Place de l'École de Médecine.

1885.

Extrait des Annales d'oculistique, *livraison octobre-novembre-décembre* 1884.

A LA MÉMOIRE

DE

J. DAVIEL.



L'EXTRACTION SIMPLE



I.

Après avoir travaillé, étudié, manié et expérimenté tous les procédés d'extraction de la cataracte, je m'étais arrêté, depuis la publication de ma *Chirurgie oculaire*, c'est-à-dire depuis cinq ans, à l'extraction à lambeau périphérique avec ou sans iridectomie. Appliquant le procédé simple, je détachais très-exactement le *tiers supérieur* (1) de la cornée, mais, dans le cas où j'avais fait choix du procédé combiné, je réduisais quelque peu la hauteur du lambeau, qui pouvait alors, sans inconvénient, ne pas dépasser trois millimètres. Le seul petit changement que j'avais adopté (à part le pansement antiseptique) consistait, non à éviter complètement la formation d'un lambeau de conjonctive, en sortant, avec le couteau, au devant du limbe conjonctival, mais à favoriser la formation d'un petit lambeau central ou de deux petits lambeaux latéraux de la conjonctive.

Ce détachement d'un lambeau cornéen, situé très-exactement dans la jonction de la partie transparente de la cornée et de la sclérotique, et comprenant une hauteur de trois à quatre milli-

---

(1) Le détachement du tiers *inférieur* de la cornée, tel qu'il se trouve indiqué dans la *Chirurgie oculaire* (p. 49), n'a été que fort peu employé par nous.

mètres, a été adopté, sous la dénomination de « *section de Wecker*, » par nombre de confrères, et, à ma grande satisfaction, par l'un des chefs de l'école américaine, *M. Knapp*. Aussi, sans insister sur des minuties de fractions de chiffres, sans me préoccuper du reproche qui m'a été fait d'être rétrograde *(Steffan)*, je crois fermement que l'on adoptera, en chirurgie oculaire, une section dont la définition est aussi simple que son utilité pratique est indiscutable, c'est-à-dire consistant dans le *détachement du tiers supérieur de la cornée*, sans y comprendre le limbe conjonctival, et en se conformant exactement à la limite de la partie transparente de la cornée.

Depuis le commencement de 1880 jusque vers la fin de novembre 1884, on a pratiqué, à la Clinique de la rue du Cherche-midi, 1,289 extractions, parmi lesquelles les extractions simples ne figurent, il est vrai, que pour une fraction relativement peu considérable. Sauf la minime modification concernant la formation d'un lambeau conjonctival, et les essais, très-heureux, pour extraire, avec de nouvelles pinces-kystitome (voyez plus loin), un lambeau capsulaire, on était resté fidèle au lambeau périphérique, en se résignant à exciser, dans la majorité des cas, un petit lambeau d'iris, afin d'éviter le contrôle par trop sévère que réclament des malades pour échapper au danger d'un prolapsus iridien ultérieur. Cette pratique, un peu routinière, nous avait même permis, lors d un encombrement trop considérable de la Clinique, de laisser rentrer chez eux quelques opérés, en les faisant panser à domicile par l'un des assistants.

Ce qui avait contribué à nous engager davantage dans la voie des extractions combinées, c'était le danger que nous pensions faire courir à nos opérés par extraction simple au point de vue des complications glaucomateuses, dans les cas où la pupille ne se trouvait pas absolument centrale et ronde, mais présentait une légère déviation que nous devions rapporter à un accollement de l'iris à la plaie, avec suppression consécutive de l'angle iridien dans une étendue variable. En effet, quelques malades ayant présenté simultanément une minime déviation de la pupille et des symptômes de glaucome, nous en avions conclu que c'était au désir de leur conserver une pupille ronde qu'il fallait attribuer cette complication ; mais il nous faut reconnaître que, précisément dans ces derniers temps, nous avons observé plusieurs cas de glaucome chez des opérés

offrant une excision tout à fait correcte de l'iris, sans le moindre enclavement ou accollement du diaphragme iridien à la plaie.

De semblables faits devaient ébranler quelque peu notre confiance dans la garantie absolue des procédés combinés contre toute complication glaucomateuse, mais il restait encore, pour nous retenir contre toute tendance à un emploi très étendu des procédés simples, trois considérations puissantes :

1° Les réductions de l'iris, si pénibles parfois, chez des malades dont les yeux présentaient une tension élevée, ou qui avaient fait accroître cette tension par leur indocilité pendant l'opération ;

2° L'inquiétude dont on était poursuivi, même si l'on avait réussi à obtenir une exacte et parfaite réduction de l'iris, lorsque ces malades ne conservaient pas un repos absolu et déplaçaient aisément leur pansement;

3° La difficulté, incontestablement plus grande, de faire sortir toutes les masses corticales, principalement pour des cataractes non absolument mûres.

Le seul concours de l'ésérine, instillée immédiatement avant et après l'extraction, ne nous avait pas donné une sécurité complète chez les malades à tension exagérée, ou manquant de docilité, et l'on avait d'autant plus volontiers sacrifié un petit lambeau d'iris, que, non seulement la sécurité semblait être plus grande pour l'opéré, mais encore pour la raison que, si l'on comparait les acuités visuelles rendues après extraction simple ou combinée, la balance penchait manifestement du côté du second mode opératoire.

Il fallait pourtant bien s'avouer que là ne s'arrêterait pas le progrès, et que ce ne serait pas par la méthode la plus mutilante que l'on procéderait d'une manière générale, si, *avec une égale sécurité*, l'on arrivait à donner une acuité visuelle aussi parfaite, en laissant l'œil dans une *apparence d'intégrité complète*.

C'est la plus grande confiance que nous donnait le procédé combiné qui, bien que nous n'eussions pas abandonné la méthode simple, nous engageait, sans hésiter, à pratiquer de préférence l'extraction avec excision de l'iris, mais nous étions tout disposé à y renoncer, ou du moins à n'en plus faire qu'un procédé d'exception, du moment où les chances de sécurité, dans

le procédé simple, viendraient à s'accroître d'une façon notable. Or, *nous sommes précisément arrivés actuellement à cette période de transition, dont nous devons maintenant nous occuper* (1).

Lorsque, le premier, je donnais le conseil, il y a près de dix ans, de revenir franchement à la section à lambeau et à l'extraction simple, j'avais déjà éliminé les prétendus avantages de l'excision de l'iris au point de vue antiphlogistique, et indiqué, comme la preuve en est établie aujourd'hui, que *toute* complication *immédiate* après l'extraction était constamment due à une infection de la plaie, en sorte que l'excision de l'iris ne pouvait avoir ici aucune action. J'insistais sur la propreté (2) que la conservation de l'iris assurait à la lèvre interne de la section, sur la garantie qu'elle donnait contre les enclavements de la capsule, et, par suite, contre l'irritation sympathique de l'autre œil. Actuellement, j'insisterai encore davantage sur cette question de propreté de la plaie interne et, d'après les nouveaux travaux de *Knies*, *Leber* et *Deutschmann*, sur l'influence qu'elle peut exercer pour prévenir l'ophtalmie sympathique. Je pense que les *infections* et l'*ophtalmie migratrice* (*Deutschmann*) sont favorisées par l'excision de l'iris, amenant un contact direct de l'angle iridien avec le sac capsulaire. Personne ne pourra nier que les ophtalmies sympathiques, presqu'inconnues au temps

---

(1) Jusqu'à quel point, même chez les défenseurs les plus enthousiastes de l'extraction linéaire et de l'extraction à temps espacés (iridectomie préparatoire), la confiance dans le maintien de ce genre d'opération se trouve ébranlée, celà ressort du passage suivant, extrait du récent travail de M. *Jacobson* (Arch. f. Ophthalm. t. XXXIII, 2, p. 274) « L'extraction périphérique (linéaire) a rempli son but, de réduire le nombre des victimes (insuccès) et a refoulé avec raison au second plan la découverte brillante de Daviel. *En arrivât-on à prouver qu'en raison du traitement employé actuellement, et soi disant antiseptique, l'ancienne section à lambeau sans iridectomie perd ses dangers, qu'on serait indubitablement forcé d'y revenir* ». Non, ce n'est pas à *l'ancien* lambeau, mais au lambeau *moderne* sans iridectomie qu'on reviendra, de même que nous prouverons que « la découverte brillante » de Daviel consistait à généraliser l'extraction et non à faire un lambeau, tout ce qu'il y avait de moins pratique.

(2) Voici comment je m'exprimais : « N'a-t-on pas dans ces derniers temps apporté la plus grande attention à la propreté de la plaie extérieure de l'œil, afin de la préserver autant que possible de tout contact avec des matières infectantes et des éléments de migration ? Parait-il illogique de revendiquer pour les lèvres de la plaie qui sont dirigées vers la chambre antérieure ces mêmes soins de propreté ? »

des *Daviel*, *Wenzel*, *Beer*, *Sichel* et *Desmarres*, n'aient fait leur triste apparition depuis que, d'après *Jacobson* et *de Graefe*, on a poussé davantage la section vers la région scléroticale, et qu'on s'est rapproché de plus en plus de l'angle iridien, mis en outre à découvert par l'excision de l'iris, généralisée comme méthode opératoire.

A l'observation irréfutable que l'opthalmie sympathique était en quelque sorte chose inconnue pour ceux qui opéraient dans la cornée et sans iridectomie, on objecte le fait que les anciens opérateurs voyaient s'éliminer par suppuration les cas qui pouvaient présenter des fâcheuses conséquences chez nos opérés d'aujourd'hui. De fait on reconnaît que, chez les anciens, il se perdait par suppuration 10 °|₀ d'yeux, mais il est aussi connu que 10 autres cas sur cent devaient être classés comme non-succès, par suite d'irido-choroïdite avec phthisie consécutive plus ou moins prompte et d'un degré variable. En dépit de ces dix pour cent de résultats défavorables, qu'aucun opérateur moderne ne voudrait endosser dans ses propres statistiques, jamais on ne voit figurer l'ophtalmie sympathique, tandis qu'actuellement, alors que les plus sincères statisticiens ne signalent au maximum que de 6 à 8 °|₀ d'insuccès par irido-choroïdite, il n'existe pas d'opérateur quelque peu occupé qui n'ait, de temps à autre, des ophtalmies sympathiques des plus désolantes à enregistrer. Que serait-ce si une enquête forçait les cartons dans lesquels dorment la plupart de ces observations écœurantes ?

Le fait d'après lequel les ophtalmies sympathiques ne se rencontrent que chez les opérés par un procédé combiné à section périphérique, nous force à rebrousser chemin et à abandonner à la fois les sections trop périphériques et l'excision de l'iris, dès le moment que nous disposons de moyens propres à nous assurer la conquête des 10 °|₀ de succès en plus que nous avons incontestablement obtenus, grâce aux perfectionnements apportés dans ces derniers temps à l'extraction de la cataracte. Car de nos jours, quel que soit l'opérateur (à peu d'exceptions malheureuses près), les suppurations se sont réduites à 5 °|₀, et ces pertes par phthisie progressive à 5 autres cas sur 100. Il a donc été réalisé un réel progrès, auquel personne ne voudrait renoncer, en se laissant aller à un retour pur et simple à l'extraction à grand lambeau sans iridectomie, avec toute la négligence et la malpropreté des anciens pansements.

Il est indiscutable qu'actuellement on a gagné 5 pour cent, comparativement à ce qu'on obtenait il y a 30 ou 40 ans, sur le nombre des suppurations; certains opérateurs même ont réduit les chiffres anciens de 8 et même de 9 °/... Ces heureux résultats dont le maintien est si précieux, à quelles conditions particulières les devons-nous ?

Ici, en connaissance parfaite de cause, à savoir que seule l'infection de la plaie peut intervenir, l'utilité de l'iridectomie ne saurait être discutée qu'à un seul point de vue, c'est-à-dire comme moyen de faciliter une sortie plus complète du cristallin et par suite d'obtenir une coaptation plus exacte de la plaie. Lorsqu'il s'agit de cataractes qui se décortiquent en totalité (mûres et dures), cette question ne peut même pas être agitée, à moins qu'il ne se soit produit une interposition ou enclavement de l'iris. Abstraction de ces considérations purement mécaniques, la question de la suppuration par infection de la plaie n'est, d'aucune façon, influencée par l'excision d'un lambeau de l'iris, et, ce que l'on pourrait soutenir dans ce cas, c'est que l'excision de l'iris est plutôt nuisible qu'utile, en ce sens que l'on agrandit l'étendue d'une plaie susceptible de s'infecter en sectionnant le diaphragme iridien, et qu'on ouvre aux masses infectantes un chemin plus direct, vers la capsule du cristallin, le corps ciliaire et les espaces lymphatiques intrà-choroïdiens.

Si l'on considère l'état de nos connaissances actuelles quant à l'infection des plaies, le choix d'un procédé combiné est donc plutôt préjudiciable que favorable, et si nous avons réussi à obtenir de 5 à 9 °/₀ de suppurations en moins, tout clinicien émérite rapportera sans hésitation cet avantage à d'autres causes qui résultent *d'une meilleure coaptation de la plaie, se cicatrisant plus promptement et se prêtant d'autant moins à l'infection, qu'on éloigne celle-ci par des procédés de propreté et d'antisepticisme.*

Qu'une *meilleure coaptation* des plaies est le principal progrès réalisé dans les temps récents pour l'extraction de la cataracte, c'est ce que nous pouvons affirmer avec certitude, car nous étions déjà arrivé, sur nos devanciers, à cette conquête de 8 °/₀ de suppurations en moins, avant que nous nous servissions de l'antisepticisme. C'est alors grâce à ce dernier moyen que nous pûmes même accentuer les avantages obtenus, et atteindre

des séries heureuses de 3 à 400 extractions sans aucune panophtalmite.

Les anciens avec leur grand lambeau cornéen qui, au moindre déplacement de l'œil tendait à s'entrebâiller, ou, au plus léger frottement intempestif sur les paupières, à se déplacer, auraient pu disposer de nos connaissances actuelles sur l'infection et de nos moyens antiseptiques, qu'ils n'auraient jamais atteint le progrès auquel nous sommes arrivés, et dont personne ne voudrait se dessaisir de gaité de cœur par un retour pur et simple aux anciens procédés. Ceux-ci, en effet, à part leurs dangers directs pour l'œil, offraient encore le très grand inconvénient d'imposer aux malades, pour la plupart des vieillards, un repos des plus pénibles et souvent préjudiciable à leur santé. Donc à retourner au grand lambeau cornéen, personne de sensé n'y songera.

Une coaption plus parfaite des plaies ne pouvait être obtenue qu'en réduisant la hauteur du lambeau comparativement à sa base, ce qui devait nécessairement porter préjudice à l'entrebâillement que réclame une sortie facile du cristallin, à moins qu'on n'agrandisse en proportion la base du lambeau. Aussi, à mesure qu'on voulut entrer davantage dans cette voie de progrès, s'achemina-t-on vers la *linéarité* de la section; en d'autre termes, on réduisit à un minimum la hauteur du lambeau, en transformant progressivement la ligne courbe de la plaie en une ligne plus ou moins droite ; mais on étendit nécessairement de plus en plus la base de ce lambeau insignifiant, au point qu'elle devait forcément quitter la région transparente de la cornée pour tomber dans la sclérotique. Qui voudrait nier que le lambeau de *Jacobson*, peu élevé comparativement à sa large base, et surtout si on le compare à l'ancien lambeau, ne se coaptait pas, avec son contour situé en entier dans les parties non transparentes de la cornée, infiniment mieux que l'ancien lambeau de Beer ? Se trouvera-t-il quelqu'un pour contester que, de toutes les sections anciennes, offrant une moindre tendance à l'entrebâillement spontané de ses lèvres, celle qui atteint le mieux ce but est la section linéaire de *de Graefe*, tangentielle, par son milieu seulement, au sommet de la cornée transparente ?

Incontestablement ces sections, surtout celle de *de Graefe*,

*

réalisent donc au plus haut degré les avantages d'une bonne coaptation et d'une parfaite occlusion après l'opération, et cependant les voilà toutes deux abandonnées et bien à jamais. Ces sections n'auront servi qu'à montrer la voie dans laquelle il était nécessaire d'entrer; mais comme on s'était trop avancé, il fallut forcément revenir sur ses pas. De pareilles sections impliquèrent, en effet, deux obligations qu'on signalera à l'avenir comme des écueils à éviter à tout prix, ce sont : d'entamer la partie non transparente de la cornée, autrement dit d'empiéter sur l'angle iridien, et de contraindre les opérateurs à faire de très-larges iridectomies pour obvier aux enclavements des parties non sectionnées de l'iris dans les angles de cette plaie si périphérique.

Pourtant, dans l'histoire de l'extraction, le mérite qu'ont acquis à *Jacobson* et à *de Graefe* leurs efforts pour obtenir une plus grande coaptation de la plaie, reste inscrit pour toujours. Il est prouvé, en effet, que c'est bien à partir de leurs modifications apportées à l'extraction que la suppuration et la destruction par panophtalmite des yeux opérés ont été réduites de 10 à 5 et même à 3 %. Qu'importe que nos connaissances actuelles nous aient prouvé que le raisonnement par lequel on expliquait cette diminution des suppurations était erroné, que ce n'est nullement en déplaçant la section dans un terrain plus vasculaire, plus apte à la cicatrisation, que ce résultat heureux a été acquis, mais bien parce que l'infection devait avoir moins de prise sur une plaie exactement coaptée. Qu'importe encore qu'on ait reconnu plus tard qu'à égale coaptation les plaies franchement cornéennes se ferment, grâce à l'insinuation de l'épithélium bourgeonnant bien plus promptement que celles voisines de la sclérotique et situées dans les parties non transparentes de la cornée, de telle façon que l'avantage reste ici aux sections qui n'empiètent nullement sur la région cornéenne non transparente.

Après les efforts faits par *Jacobson* et *de Graefe*, les opérateurs avaient donc ressenti un véritable soulagement relativement à la crainte de voir se perdre, par suppression instantanée, le succès de leurs opérations, mais ils avaient aussi, en même temps, perdu cette pureté des résultats heureux que donnaient les anciennes méthodes. Les irido-choroïdites trainantes restèrent presqu'aussi fréquentes que chez les anciens opérateurs ; la promptitude de ces insuccès était bien moins apparente, mais

aussi le résultat se montrait parfois infiniment plus désastreux en retentissant par sympathie (pour mieux dire par migration) sur l'autre œil.

Inconsciemment, toute l'attention s'était portée sur la bonne coaptation de la section, et c'est pour obéir à cette tendance que *Jacobson* avait abandonné sa section pour celle de *de Graefe*. Sans le savoir, on avait, par une bonne occlusion des lèvres externes de la plaie, rendu les infections bien moins faciles; la propreté des pansements antiseptiques contribua à accroître encore davantage les bénéfices ainsi acquis.

Je pense avoir le premier, lorsqu'il y a dix ans je donnais le conseil de revenir à l'extraction simple, parlé de la propreté de la lèvre interne de la section, dont la netteté doit être recherchée avec autant de soin que celle de la plaie externe pratiquée au globe oculaire. J'ai insisté sur ce fait qu'en conservant l'iris, on met cette section interne à l'abri des lambeaux capsulaires et des masses corticales. J'ajoute aujourd'hui qu'on la préserve davantage des micro-organismes que l'on peut avoir introduits pendant l'opération même, dans l'intérieur du sac capsulaire (un des meilleurs endroits où ils puissent cuver en quelque sorte.)

Lorsque je soulevai, en 1875, au Congrès de Heidelberg, une discussion à l'égard de la cicatrisation plus nette et plus régulière des plaies fournies par l'extraction simple, comparativement à celles que donnaient les extractions combinées, les confrères les plus compétents, entr'autres M. *Otto Becker*, confirmèrent ma manière de voir, en ce que les procédés combinés non seulement donnaient lieu à des enclavements capsulaires, mais encore s'accompagnaient bien plus fréquemment d'un pincement des lèvres sectionnées de l'iris et du moignon de la portion non sectionnée, qu'on ne l'observait dans les extractions simples, et cela en dépit du prolapsus auquel celles-ci étaient exposées dans un certain nombre de cas. *Donc, tout en excisant l'iris, il se produit plus de pincements de ce diaphragme dans la lèvre interne de la plaie périphérique que lorsqu'on ne porte pas l'instrument tranchant sur cette membrane ayant placé la plaie moins périphériquement*. Suivant les interprétations anciennes concernant l'ophtalmie sympathique, on s'était mis, par la situation périphérique de la section, par les enclavements iridien et capsulaire, dans les conditions des traumatismes

reconnus comme étant les plus aptes à provoquer une irritation sympathique ; c'est-à-dire qu'on avait établi une plaie voisine du corps ciliaire, dont la cicatrisation, longue à obtenir, devait provoquer une irritation continue des nerfs ciliaires, transmissible à l'autre œil.

Nos connaissances actuelles sur la migration de l'inflammation le long des voies lymphatiques du tractus uvéal et des espaces inter-vaginaux des gaînes, nous expliquent, bien plus aisément qu'en nous rapprochant de ces voies lymphatiques, qui aboutissent à l'angle iridien et au tissu trabéculaire péricornéen, qu'en établissant ici par l'interposition d'un lambeau iridien ou capsulaire une voie longtemps libre au passage d'éléments infectieux (de micro-organismes), nous tombons dans des conditions qui prédisposent infiniment plus aux ophtalmies migratrices que si nous formons, à une certaine distance de l'angle iridien, en pleine cornée transparente, une plaie promptement fermée sans interposition d'aucun élément voisin. On comprend donc ainsi que les anciennes extractions simples, tout en fournissant des accollements fréquents de l'iris à la plaie située loin des espaces lymphatiques, ne donnaient presque jamais lieu à une ophtalmie migratrice.

Ce qui est indiscutable, c'est que l'apparition des ophtalmies dites sympathiques, la migration d'une ophtalmie traumatique d'un œil à l'autre, concordent avec l'introduction des sections périphériques et des procédés combinés. On peut donc, sans être prophète, annoncer la disparition de ces accidents, si l'on renonce, comme on commence à le faire, *aux sections périphériques et à l'excision de l'iris et des prolapsus qui peuvent se produire après une extraction simple.*

En suivant attentivement l'évolution de l'opération de la cataracte dans ces derniers temps, chacun a pu constater qu'après être arrivé, avec *de Graefe*, au maximum de périphéricité de la section, on a bien vite reconnu qu'on était allé trop loin. Aussi, tous les opérateurs qui avaient adopté le procédé du grand maître sont-ils revenus sur leurs pas, et ont-ils plus ou moins repris les sections placées dans la partie transparente de la cornée. Pourtant les opérateurs, dont les sections ne sont plus périphériques et qui pratiquent des plaies dont aucune des extrémités ne tombe dans la sclérotique, voient néanmoins, en se tenant aux procédés combinés, éclater de temps en temps

chez leurs opérés des ophtalmies sympathiques. Ce seul fait d'observation clinique nous enseigne qu'il ne suffit pas, pour chasser à jamais cet accident, désastreux pour le malade et la réputation de l'opérateur, de renoncer, comme nombre de chirurgiens prudents l'ont déjà fait, aux sections périphériques, mais qu'il faut aussi, autant que possible, abandonner l'excision de l'iris.

J'ai dû me résigner, il y a quelques années, à recourir souvent encore aux procédés combinés, mais j'espère que nous sommes entrés, grâce aux progrès accomplis dans ces derniers temps, dans une période où nous devrons définitivement renoncer à l'excision de l'iris, en faisant ainsi une opération moins mutilante et conséquemment plus parfaite, et qui, surtout, ne menacera plus de porter préjudice à la vision de l'œil congénère.

L'emploi de l'ésérine, introduit par moi dans l'extraction, ne m'avait pas donné une garantie suffisante contre les prolapsus et les enclavements ultérieurs de l'iris. Actuellement, la combinaison de l'anesthésie par la cocaïne avec les instillations d'ésérine (1) et l'agglutination de la plaie au moyen de

(1 La combinaison de la cocaïne avec l'ésérine, ou pour mieux dire l'action de l'ésérine sur un œil cocaïnisé nous paraît digne de toute attention. Connaissant l'effet mydratique de la cocaïne sur la pupille, son pouvoir (du reste fort restreint de réduire l'accommodation), il n'y avait rien de surprenant que, combiné à la cocaïne. on obtînt des effets bien plus notables que par l'emploi seul des mydriatiques classiques. Il ne pouvait donc pas nous surprendre de lire que M. *Ad. Weber*. (Rev. gén. d'opthalm., t. III p. 434) « obtient par la cocaïne une dilatation bien plus considérable encore et qu'à l'aide de la combinaison indiquée des deux médicaments,il a vu céder des adhérences du bord pupillaire qui avaient résisté pendant des semaines à l'omploi de l'atropine seule. »

Au contraire, la cocaïne paraissait, sous le rapport de son action sur le sphincter de l'iris et le muscle ciliaire, l'antipode de l'ésérine; elle ne partageait donc avec le myotique que la faculté de réduire la pression et de diminuer la sécrétion conjonctivale. Ce qui nous rassurait sur la crainte de voir contrebalancer l'action si précieuse du myotique, c'était que la dilatation produite par la cocaïne sur la pupille disparaissait sous l'influence de la lumière et de l'accommodation. Grande fut donc notre surprise, lorsque nous apprîmes, par des expériences sur des sujets sains, que la combinaison de la cocaïne avec l'ésérine (peut être à cause de la faible anesthésie que produit la première sur l'iris et le corps ciliaire) livre en quelque sorte le sphincter pupillaire et le muscle circulaire à la merci de l'ésérino. Il est bien entendu que la combinaison dans la réduction do la tension intra-oculairo peut jouer aussi un certain role dans les effets obtenus. Ainsi, lorsque, chez des emmétropes, on instille tout d'abord dans un œil, de la cocaïne (à 5 °/o), puis,

l'iodoforme, nous permettent, dans la très grande majorité des cas, de faire des extractions simples. Grâce à l'anesthésie à laquelle *Koller* (1) a attaché son nom, nous évitons les contractions si fâcheuses des muscles de l'œil, la projection de l'iris dans la plaie et son pincement dans les angles de la section; enfin nous obtenons, en cas de prolapsus, une réduction aisée. En outre l'iris, en partie par l'action de la cocaïne, reste sous une influence prolongée de l'ésérine, et l'occlusion de la plaie par l'iodoforme nous garantit des écoulements de l'humeur aqueuse, qui sont si préjudiciables au maintien de l'iris laissé intact dans l'œil.

Voici comment nous procédons actuellement pour l'extraction de la cataracte :

Les instruments dont je me sers sont :

1° Un couteau de moitié moins large que celui de *de Graefe* (2) (Voy. fig. 1).



Fig. 1.

---

après avoir attendu les deux minutes nécessaires pour produire l'anesthésie, simultanément dans les deux yeux un collyre d'ésérine (à 5 centg. pour 10), on voit sur l'œil préalablement cocaïnisé, apparaître une myopie de 6 à 8 dioptries, tandis que le spasme ciliaire ne provoque sur l'autre œil qu'une myopie de 1 à 2 dioptries suivant les sujets.

Il nous a paru que le spasme ainsi que le myosis persistaient plus longtemps sur l'œil cocaïnisé, mais nous n'avons pas eu un contrôle suffisant à ce sujet. Ce qui nous intéresse le plus ici, c'est que nous trouvons encore chez nos opérés de cataracte, 24 heures après une unique instillation d'ésérine, la pupille fortement contractée, et que l'iris, sur des yeux sensiblement détendus par la combinaison des deux médicaments a infiniment moins de tendance à se porter vers la plaie; en sorte que la cocaïne assure à l'ésérine une puissance d'action que nous n'avions pas pu atteindre par l'emploi seul du myotique, avantage des plus précieux dans une opération aussi importante que celle de la cataracte.

(1) Ueber die Verwendung des Cocaïn zur Anaesthesirung am Auge (*Wien. med. Wochensch.* n° 43 et 44-1884).

(2) Lorsqu'il y a dix ans, je fis un retour franc vers le lambeau, je pensais que, pour éviter les rencontres fâcheuses avec l'iris, il était préférable d'élargir le couteau du grand maître et d'en choisir un d'une largeur double, mais je ne reconnus

2° Une pince à fixation, dont les extrémités sont garnies de petites plaques de caoutchouc. (fig. 2).

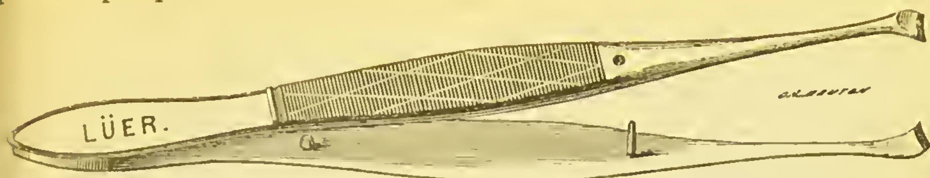


Fig. 2.

3° Le simple kystitome ou les pinces-kystitome (1).
4° La spatule en caoutchouc.

---

que trop tôt que pareils couteaux sont d'un maniement bien plus difficile, tant pour pénétrer verticalement dans la chambre antérieure que pour choisir la contre-ponction. L'humeur aqueuse bien retenue, on peut manœuvrer à sa guise dans la chambre antérieure avec un couteau étroit, et, en dépit de son étroitesse, il n'y a aucun danger que l'iris se porte au devant de son tranchant. Ainsi qu'on l'a sans doute observé, on recherche de préférence des couteaux usés, très étroits, mais alors ils ont perdu en longueur et en solidité ; c'est pour cette raison, qu'en dépit des objections qui m'ont été faites par les couteliers, j'ai fait faire des couteaux qui, à mesure qu'on s'approche du talon, ont une épaisseur égale à leur largeur ; c'est-à-dire un millimètre seulement dans les deux sens. Ces couteaux offrent beaucoup de résistance, ne plient pas et retiennent merveilleusement l'humeur aqueuse. L'augmentation de frottement qu'occasionne leur épaisseur est insignifiante et largement compensée par l'aisance de leur maniement pour pénétrer dans l'œil et cheminer dans la chambre antérieure. En réalité, c'est précisément là le couteau que de Graefe désirait posséder, mais qu'on se refusait à lui fabriquer (« parce que cela *ne peut pas* couper et *doit* s'user après quelques repassages »). Feu *Luër* se plaisait à raconter que, lorsque de Graefe était venu lui commander son couteau, il lui avait dit : » ce que je regarderais comme l'idéal d'un couteau, serait que vous puissiez me rendre tranchant un côté d'un fil d'acier». C'est à vrai dire à un fil d'acier aiguisé par un côté que ressemble notre couteau étroit près de son talon.

(1) Les pinces kystitomes (fig. 3) nous servent dans les cas d'épaississement de la capsule, ou lorsque nous désirons enlever un lambeau de la capsule transparente. Elles sont une modification de notre ancienne pince-kystitome, dont les pointes étaient dirigées en bas, au lieu de s'emboîter, comme dans les nouvelles, sur les côtés internes des pinces.

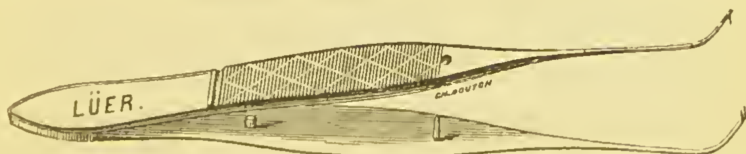


Fig. 3.

5° Un petit tampon en caoutchouc (fig. 4) pour l'application de l'iodoforme.



Fig. 4

Les instruments qui baignent, en outre, dans le bain à 2 % d'acide carbolique, et cela en prévision des éventualités, sont les pinces à pupille, les pinces-ciseaux, les curettes de *Daviel* et de *Critchett* réunies au même manche, la curette en caoutchouc de de Græfe ainsi qu'un petit écarteur pouvant s'appliquer du côté du nez.

La *préparation* que subit le malade est la suivante: On instille, cinq minutes, puis encore trois minutes avant de commencer, quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, en ayant soin de bien laisser couler le collyre sur la partie supérieure de la cornée et de maintenir, le malade déjà couché sur le fauteuil d'opération, la solution dans l'œil. Le collyre dont je me sers est le même qu'emploie M. Sattler. En voici la formule :

Chlorhydrate de cocaïne	0,50 centigr.
Sublime corrosif	0,002 milligr.
Eau distillée	10 grammes.

Comme je fais usage d'un collyre aseptique, je ne lave plus la conjonctive, mais, avant d'opérer, je nettoie à diverses reprises le bord des paupières, ainsi que celles-ci et le voisinage de l'œil, en me servant d'un tampon de ouate salicylée trempé dans la solution borico-salicylique (à 4 % d'acide borique et 1 % d'acide salicylique), solution dont on imprègne également les rondelles qui serviront ultérieurement pour les pansements.

Après avoir bien séché, au moyen d'un peu de ouate salicylée, la paupière du malade, l'assistant, dont les mains ont été soigneusement désinfectées, relève la paupière supérieure, manœuvre qui se trouve sensiblement facilitée par l'écartement spontané des paupières que provoque l'anesthésie conjonctivale. Je saisis alors, avec la pince à mors en caoutchouc, un pli conjonctival au-dessous du diamètre horizontal et en dedans de la cornée. Cette fixation suffit pour tenir écartée la paupière inférieure. Dès que je suis sur le point de terminer le lambeau,

je dépose la pince à fixation, et l'aide écarte très légèrement la paupière inférieure, tandis que je me charge moi-même de relever la supérieure, jusqu'à complet achèvement de la section.

En pratiquant la section, on s'efforce de détacher aussi exactement que possible le tiers supérieur de la cornée, en pénétrant verticalement près de la jonction scléro-cornéenne, en conduisant lentement le couteau parallèlement à l'iris, pour choisir d'une façon très exacte son point de contre-ponction et en évitant d'empiéter vers les côtés, ou sur la partie non transparente de la cornée, ou sur le limbe conjonctival. On obtient ainsi, sans écoulement de sang, un lambeau d'une régularité et d'une coaptation parfaites.

Lorsque l'achèvement du lambeau s'est lentement effectué, avec une détente progressive de la tension à mesure que l'humeur aqueuse s'est écoulée, le malade n'ayant ressenti aucune douleur pendant la section, ni fait conséquemment aucuns efforts, l'iris ne se projette généralement pas dans la plaie ; s'il en est autrement, on procède à l'ouverture de la capsule sans s'en préoccuper, en profitant du prolapsus iridien pour ouvrir plus largement la cristalloïde antérieure.

Cette ouverture capsulaire se fait ordinairement avec le simple kystitome, l'opérateur étant aussi, pour l'œil gauche, placé derrière le malade, ce qui lui permet de relever plus aisément la paupière supérieure, tandis que l'aide écarte au besoin l'inférieure. Mais nous devons faire observer que les malades cocaïnisés tiennent souvent les paupières plutôt trop ouvertes, ainsi que M. *Koller* l'a du reste signalé (1).

Je procède à la sortie du cristallin au moyen d'une douce pression exercée avec la paupière inférieure sur le bord inférieur de la cornée, en même temps qu'avec la paupière supérieure je déprime très faiblement la lèvre supérieure de la plaie. Dès que le cristallin s'est décoiffé de l'iris, on cesse toute pression et l'on se contente, jusqu'à la sortie complète de la cataracte, de tenir les paupières légèrement écartées.

Avant de procéder à la toilette, on instille une goutte d'un collyre d'ésérine à 0,05 centig. pour 10. Cette toilette, incontestablement rendue plus difficile par la conservation de l'iris, sera

(1) Voy., loc. cit.

effectuée sans se préoccuper du prolapsus qu'on doit forcément produire à plusieurs reprises, lorsqu'il s'agit de chasser de l'œil des masses corticales mûres, ou non encore complètement opacifiées, ou bien des fragments d'une cataracte régressive et desséchée. Au contraire, si la cataracte est mûre et résistante, la toilette est nulle.

La réduction de l'iris s'opère ensuite, soit sous la simple influence d'une friction légère exercée avec la paupière supérieure, soit en ayant recours à la spatule. Ce n'est que dans les cas où un excès de pression, constaté avant l'opération et se maintenant par exception après l'expulsion du cristallin, tend visiblement à projeter de nouveau hors de la plaie l'iris qui avait été réduit, que je procède à l'excision d'une partie de cette membrane. A cet effet, l'aide relève la paupière, et tient l'œil fixé un instant si l'on a affaire à un malade remuant et indocile en dépit de l'anesthésie oculaire.

L'iris étant réduit et le champ pupillaire bien noir, on procède à l'examen visuel et aussitôt on pratique le masticage de la plaie avec l'iodoforme. A cet effet, je retire du bain d'acide carbolique le petit tampon de caoutchouc que j'enfonce dans la poudre d'iodoforme. L'instrument chargé de cette poudre, je recouvre toutes les parties de la section d'une couche d'iodoforme d'un millimètre d'épaisseur. Ce masticage opéré, je recouvre bien la cornée avec la paupière supérieure, et si la sensibilité conjonctivale est déjà assez réveillée pour que le malade serre à ce moment vivement les paupières, je m'assure encore une dernière fois que la pupille se montre contractée et bien ronde.

Sans débarrasser alors la fente palpébrale de l'excès d'iodoforme, j'applique la rondelle boratée humide et je termine le pansement avec de la ouate salicylée. Ce premier pansement reste environ 18 heures en place; il est alors remplacé sans inspection de l'œil, et les pansements sont ainsi renouvelés toutes les 12 heures. C'est seulement le quatrième jour que l'on fait le premier examen, à moins cependant que l'opéré n'ait accusé quelque douleur. On cesse tout pansement le sixième jour, et l'on procède alors à des instillations d'atropine, si la présence de masses corticales le réclame ou à l'emploi, combiné de l'atropine et de la cocaïne au besoin.

Nous voilà, en nous servant de ce genre d'extraction simple,

loin du procédé de *de Graefe* et de ses imitateurs, dans la poursuite de la linéarité des plaies ; mais d'un autre côté, la distance qui nous sépare de l'ancienne méthode de *Daviel* est encore plus considérable, ainsi que le montre un coup d'œil jeté sur les trois sections représentées fig. 5 (sections de *Daviel*, de *de Graefe* et la nôtre).

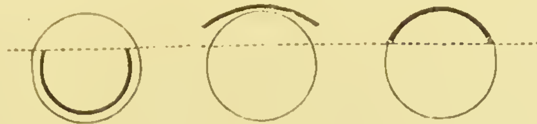


Fig. 5.

Le vrai mérite de Daviel consiste à avoir introduit l'extraction comme méthode courante, et l'on ne saurait mieux préciser ce bienfait que ne l'a fait, il y a déjà 125 ans, *Guérin* (1) lorsqu'il dit à propos de l'introduction de cette opération : « M. *Meri* l'avait seulement proposée ; à M. *Daviel* était réservée la gloire d'en faire une méthode générale et de la mettre en pratique dans tous les cas (2). » Mais là se borne aussi ce mérite, car on ne peut raisonnablement plus parler du procédé opératoire de *Daviel*, dont il ne reste actuellement que la curette (de même qu'il ne subsiste de l'opération de *de Graefe* que le couteau). Du moment où il eut érigé l'extraction en méthode, il lui fallut bien livrer un passage au cristallin, et, pour cela, tailler un lambeau sur le corps sphérique représenté par le globe oculaire; l'idée d'obliger un corps dur et lenticulaire comme le cristallin à traverser une section plus ou moins linéaire ne pouvait être que le produit d'une déduction théorique.

Il suffit de relire (3) la manière de procéder de *Daviel* pour voir

---

(1) *Traité des maladies des yeux*, par *Guérin*, Lyon, 1769.

(2) Quelques lignes plus haut, *Guérin*, après avoir dit un mot des précurseurs de *Daviel*, fait cette judicieuse réflexion : « Mais tout est successif dans les sciences: la plupart des artistes fameux ne mériteraient pas nos éloges, si leurs prédécesseurs n'avaient défriché le terrain, et ne les avaient mis en état d'exécuter ce que nous admirons de leurs ouvrages. »

(3) *Guérin* reproduit, quelques années après la mort de *Daviel*, sa façon d'opérer, telle que celui-ci l'avait présentée à l'Académie royale de Chirurgie ; il n'avait donc pas eu connaissance d'une modification que *Daviel* aurait ultérieurement fait subir lui-même à son procédé. « Je prépare, dit *Daviel*, le malade suivant la manière ordinaire et connue ; le jour déterminé pour l'opération, je dispose l'ap-

qu'il n'était pas tombé sur l'œuf de Colomb, mais qu'il s'y prenait pour appliquer sa méthode de la façon la moins simple possible. Aussi est-ce parler sans connaissance de cause que de dire, dès qu'on adopte une section à lambeau, qu'on revient au pro-

---

pareil, qui consiste en bandeaux, compresses, petits morceaux de linge, emplâtre de diapalme de figure ovale, petites éponges, morceaux de coton en rame, de l'eau chaude et du vin.

» Les instruments que j'emploie sont une aiguille pointue, tranchante et demi-courbée, ayant la forme d'une lancette, destinée à faire la première ouverture, une aiguille mousse, tranchante et aussi demi-recourbée, pour agrandir la même ouverture ; deux paires de ciseaux courbes, convexes, une petite spatule d'or, d'argent ou d'acier légèrement recourbée, pour relever la cornée. Une autre petite aiguille pointue et tranchante des deux côtés, pour ouvrir la membrane qui recouvre anterieurement le cristallin ; une petite curette d'or, d'argent ou d'acier pour faciliter quelquefois l'issue du cristallin, ou tirer les fragments de ce corps lorsqu'il en est resté dans le trou de la prunelle ; une petite pincette pour emporter les portions de membrane qui pourraient se présenter.

» Tous ces instruments seront rangés par ordre sur une assiette, et remis entre les mains d'un élève, qui aura soin de les donner au chirurgien, selon qu'il en aura besoin.

» Tout étant ainsi disposé, le malade sera placé dans une chambre médiocrement éclairée, afin que le trop grand jour ne fasse pas rétrécir la prunelle, et ne pénètre pas dans l'œil avec trop de force, après l'opération, ce qui pourrait l'offusquer.

» Le malade sera assis sur une chaise un peu basse ou sur un tabouret ; celui qui opère s'assiéra devant le malade sur une chaise plus élevée que lui et vis-à-vis, afin qu'en opérant il appuie ses coudes sur ses genoux ; il couvrira l'autre œil avec un bandeau, ensuite de quoi un élève placé derrière le malade posera une main sur le front, en allongeant deux doigts sur la paupière, et l'autre main sous le menton.

» Le chirurgien baisse la paupière inférieure, et, prenant la première aiguille, la plonge dans la chambre antérieure près de la sclérotique, évitant cependant de blesser l'iris, et la porte jusqu'au-dessus de la prunelle ; il la retire ensuite doucement pour prendre l'aiguille mousse, avec laquelle il agrandira l'incision commencée, en portant cette aiguille à droite et à gauche, pour ouvrir la cornée en forme de croissant, suivant sa rondeur ; mais, comme la cornée se trouve alors un peu lâche, le chirurgien prendra des ciseaux courbes, convexes, dont il introduira la branche mousse entre cette membrane et l'iris, et achèvera la section tant d'un côté que de l'autre, afin de la porter de chaque côté un peu au-dessus de la prunelle. On observera que la courbure des ciseaux doit regarder le globe, et que, par rapport à leur courbure sur le plat, il en faut deux paires pour s'accommoder à la rondeur de la cornée, d'un côté et de l'autre

cédé de *Daviel*. Un coup-d'œil jeté sur la fig. 5 démontre que nous entamons juste la région de la cornée que *Daviel* respectait avec son énorme lambeau.

Dans un travail plus étendu, je me réserve de déterminer par des chiffres, quelle est la proportion exacte des cas réservés à l'extraction combinée qui deviendra une méthode d'exception, à laquelle on ne se résignera à recourir que forcé par les circonstances ; de même on évitera soigneusement d'exciser les prolapsus qui se seraient produits par un enclavement ultérieur de l'iris, se tenant, pour obtenir une cicatrice aussi peu difforme que possible, à un emploi très prolongé des myotiques (1). Je me propose aussi, dans ce même travail, de montrer le chemin parcouru depuis *Daviel*, dont le lambeau fut déjà, la même année de la présentation à l'Académie, en 1752, transformé en lambeau trapézoïde par *Sigward*.

» Le chirurgien prend ensuite la petite spatule, avec laquelle il relève doucement la partie de la cornée qui a été coupée, et incise avec la petite aiguille pointue et tranchante la membrane du cristallin. Quelquefois, il faut couper cette membrane circulairement et l'emporter en entier, si elle était épaisse et ridée, de peur qu'elle ne bouche la prunelle ; et alors cette membrane étant bien coupée, on peut l'emporter avec les petites pincettes.

» Après avoir coupé la membrane qui enveloppe le cristallin, on aura soin de porter la petite spatule entre ce corps et l'iris, pour détacher absolument la cataracte et faciliter son issue. On laisse ensuite tomber la calotte de la cornée pour achever l'opération.

» C'est alors que le chirurgien a besoin de toute sa prudence, puisqu'il s'agit de tirer le voile qui cachait la lumière. Il faut pour cela presser le globe de l'œil sans le fatiguer ; par là on évite la rupture de la membrane postérieure du cristallin qui sert de digue et qui empêche la sortie de l'humeur vitrée. On voit avec plaisir la prunelle s'élargir peu à peu ; et le cristallin ayant une fois présenté son biseau, glisse doucement dans la chambre antérieure et de là sur la joue »

(1) Il est intéressant de savoir comment les anciens appréciaient les dangers de l'extraction et de quelle façon ils agissaient pour les combattre pendant et après l'opération. Voici ce que *Guérin* dit à ce sujet : « M. *Daviel* ne se livra pas à l'enthousiasme qu'excite la nouveauté ; il ne se déguisa pas les défauts qui se dérobent aux yeux d'un inventeur, et que les lumières que donne la pratique ne mettent qu'à la longue en évidence.

» M. Daviel convient que cette opération n'est point sans quelque accident ; en effet, il peut arriver : 1° effusion d'une partie de l'humeur vitrée ; 2° l'iris peut être blessé ; 3° cette membrane peut encore sortir par l'ouverture de la cornée et former staphylome. Ces légers accidents pouvent-ils être mis en parallèle avec

Pourtant, dès à présent, je voudrais faire connaître quelles sont, à mon avis, les modifications ultérieures à apporter à l'extraction de la cataracte. Disposant peut-être de moyens d'anesthésie locale plus puissants que la cocaïne, ainsi que de procédés d'agglutination meilleurs que celui fourni par l'iodoforme, on n'hésitera pas à faire descendre la section un peu plus bas vers le diamètre horizontal de la cornée, afin d'obtenir un entrebaîllement plus étendu de la plaie, et par suite une sortie d'emblée plus aisée de la cataracte, de façon à éviter ainsi le plus souvent les nettoyages de la pupille. Les inconvénients d'une moins bonne coaptation seraient alors annulés d'abord, pendant l'opération, par une anesthésie locale complète qui ne porterait plus exclusivement sur la superficie du globe oculaire, et, en second lieu, après l'opération, par une occlusion plus solide de la plaie au moyen d'une substance agglutinante aseptique.

Tous nos efforts doivent porter en outre sur l'élimination de la capsule antérieure du champ pupillaire. La disposition de la capsule postérieure, qui fait simultanément fonction d'enveloppe du corps vitré, exclut la possibilité de pratiquer dans la très grande majorité des cas l'extraction du cristallin dans sa capsule, sans entamer forcément le corps vitré même, et sans *étendre* d'une façon fâcheuse le traumatisme, que nous nous efforçons de restreindre le plus possible par l'abandon de l'iridectomie.

La question qui se pose ici est de savoir si nous parviendrons, grâce à une instrumentation plus parfaite et en acquérant une habileté plus grande, à enlever *pendant* l'opération la cristal-

---

ceux qui accompagnent l'abattement du cristallin ? 1° l'effusion d'une partie de l'humeur vitrée n'entraîne pas avec elle la perte de la vue ; il faut cependant chercher à éviter cet accident en faisant la moindre compression possible sur le globe ; 2° la blessure de l'iris n'est pas dangereuse, et, s'il en résulte une effusion de sang, il s'écoule par l'ouverture faite à la cornée ; 3° quand l'iris forme staphylome, si c'est au moment de l'opération, et tant qu'il n'a point formé d'adhérence, il sera aisé de le réduire : s'il en est contracté, on viendra à bout de le dissiper avec les collyres dessiccatifs, et il n'en résultera qu'une difformité dans la prunelle. »

On voit qu'il n'est question ni des difficultés de réduction de l'iris avec une plaie aussi grande, ni de l'ablation des prolapsus ultérieurs.

loïde antérieure, ou si nous exercerons suffisamment de prestige sur nos opérés pour leur faire comprendre qu'un résultat visuel parfait ne peut être obtenu que si l'on *fait suivre* de près (à un intervalle de 15 à 20 jours) l'extraction d'une discision de la cristalloïde antérieure.

C'est de cette façon que se perpétueront peut-être les *opérations en deux temps*, la première donnant la vue et la seconde la rendant parfaite ; mais on regardera comme un curieux souvenir des errements de notre thérapeutique, les opérations à deux temps dans lesquelles le premier consistait à pratiquer une iridectomie, qui devait garantir d'une suppuration dont le malade ne courait les véritables risques (dans de moins bonnes conditions encore l'iridectomie faite) qu'à la deuxième opération, ou à exciser l'iris dans le but de malaxer le cristallin et d'aveugler tout d'abord le malade, sans garantie *absolue* que la seconde opération lui rendra ce que lui a retiré la premiere. Qui oserait nier que l'avenir ne soit aux procédés qui donneront de plus en plus de vision, en mutilant l'œil de moins en moins !
